

「いい歯で、いい笑顔」を日本中に。 とびきりの笑顔写真、大募集！

ベストスマイル・オブ・ザ・イヤー2017【デンタルスマイル部門】応募用紙



このページをプリントアウトし、必要事項をご記入の上、
作品と一緒に下記までご郵送ください。

郵送先

〒108-0023 港芝浦郵便局留め
「ベストスマイル・オブ・ザ・イヤー2017」事務局内デンタルスマイル係

ご自身に関していずれかお選びください *該当箇所にチェックを入れてください

日本歯科医師会会員 会員の歯科医院にお勤めのスタッフ 歯科大学・歯学部学生

作品名 (写真タイトル)

作品コメント

お名前 (フリガナ)

()

年齢 *該当箇所にチェックを入れてください

10～19歳 20～29歳 30～39歳 40～49歳 50～59歳 60～69歳 70歳以上

性別

男 女

会員の方は所属されている都道府県歯科医師会、スタッフの方は勤務先の会員名、学生の方は学校名をご記入ください

ご住所 (都道府県のみ)

電話番号

E-mailアドレス

ベストスマイル・オブ・ザ・イヤー2017「デンタルスマイル部門」にご応募されたきっかけをお教えてください
*下記該当箇所にチェックを入れるか、ご自由に記入ください (複数回答可)

- 日歯広報を見て 日本歯科医師会ホームページを見て その他のホームページを見て
 日本歯科医師会メールマガジンを読んで 日本歯科医師会会員から紹介されて 知人・友人から
 その他【